

TUBERCULOSE EN SEINE-SAINT-DENIS : INCIDENCE ET RÔLE DU CENTRE DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE DANS LES ENQUÊTES AUTOUR D'UN CAS DE 2018 À 2023

// TUBERCULOSIS IN SEINE-SAINT-DENIS (2018-2023): INCIDENCE AND THE CONTRIBUTION OF THE CLAT (TUBERCULOSIS CONTROL CENTRE) TO CASE INVESTIGATIONS

Baptiste Voyer (baptiste.voyer@hotmail.fr), Pauline Mathieu, Laura Sulli, Steve Nguala Fukiau, Thomas Huleux

Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis, Saint-Denis

Soumis le 17.11.2025 // Date of submission: 11.17.2025

Résumé // Abstract

Introduction – La Seine-Saint-Denis présente le taux d'incidence de la tuberculose le plus élevé de France hexagonale. Le travail d'enquête autour des cas est assuré par le Centre de lutte antituberculeuse (Clat), rattaché au Conseil départemental. La survenue de la pandémie de Covid-19 a impacté l'épidémiologie de la tuberculose, ainsi que la réalisation des enquêtes autour des cas.

Méthode – Une analyse descriptive rétrospective, par périodes de deux ans entre 2018 et 2023, de l'activité du Clat de Seine-Saint-Denis a été réalisée, comprenant une analyse des cas index de tuberculose, des sujets contacts et des enquêtes effectuées.

Résultat – La Seine-Saint-Denis n'a pas connu de diminution du nombre de tuberculose maladie pendant la pandémie de Covid-19, avec 832 cas en 2018-2019 et 851 cas en 2020-2021. Dans le même temps, le nombre de sujets contacts identifiés a, lui, fortement diminué, passant de 6 379 cas à 3 782 cas. Malgré cette réduction, le dépistage parmi les contacts a pu être effectué, les taux de dépistage restant maintenus, ce qui a permis une détection stable des cas secondaires. Ainsi, 1 423 infections tuberculeuses latentes (13%) et 135 tuberculoses maladies secondaires (1%) sur 11 215 sujets contacts explorés entre 2018 et 2023, ont été diagnostiqués. Les caractéristiques des cas index ont évolué, au sein d'une population demeurant largement en situation de précarité. Les types de liens entre les cas index et leurs contacts ont également été modifiés.

Discussion – L'activité de lutte antituberculeuse pendant la période du Covid-19 en Seine-Saint-Denis a été marquée par un nombre de cas de tuberculose stable, au contraire de l'évolution nationale. Une réduction du nombre de sujets contacts est constatée, mais la réalisation des dépistages a pu être maintenue.

Introduction – *Seine-Saint-Denis has the highest incidence rate of tuberculosis in mainland France. Case investigations are conducted by the CLAT (Centre de lutte anti-tuberculose, Tuberculosis Control Centre), which is attached to the Departmental Council. The emergence of the COVID-19 pandemic has affected both the epidemiology of tuberculosis and the implementation of contact investigations.*

Methods – *A retrospective descriptive analysis was conducted over consecutive two-year periods between 2018 and 2023, focusing on the activities of the CLAT in Seine-Saint-Denis. The study included a description of index tuberculosis cases, identified contacts, and screening activities performed.*

Results – *Seine-Saint-Denis did not experience a decrease in the number of active tuberculosis cases during the COVID-19 pandemic, with 832 cases in 2018-2019 and 851 cases in 2020-2021. Over the same period, the number of identified contacts markedly decreased, from 6,379 to 3,782 individuals. Despite this reduction, screening among contacts could be carried out, with screening rates remaining stable, resulting in stable detection of secondary cases. This made it possible to identify 1,423 latent tuberculosis infections (13%) and 135 secondary active tuberculosis cases (1%) among 11,215 contacts investigated between 2018 and 2023. The characteristics of index cases evolved over time, within a population still largely affected by social vulnerability. The types of relationships between index cases and their contacts were also modified.*

Discussion – *Tuberculosis control activities in Seine-Saint-Denis during the COVID-19 period were marked by a stable number of tuberculosis cases, contrasting with the national trend. A reduction in the number of identified contacts was observed, but screening activities were nevertheless maintained.*

Mots-clés : Tuberculose, Enquête épidémiologique, Dépistage, Inégalités sociales
// **Keywords:** Tuberculosis, Epidemiological study, Screening, Social inequalities

Introduction

L'incidence de la tuberculose a régulièrement baissé en France depuis la fin du 19^e siècle. En 2022, la France était classée dans le groupe des pays à faible incidence selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), avec un taux d'incidence inférieur à 10 pour 100 000 habitants¹. Toutefois, l'incidence n'est pas homogène sur le territoire français : le département de la Seine-Saint-Denis (SSD), avec un taux d'incidence supérieur à 25 pour 100 000 habitants entre 2013 et 2018, est le plus touché de la France hexagonale^{2,3}. Les données de ce territoire, marqué par les inégalités sociales et d'accès aux soins, les flux migratoires, les conditions de vie et de travail difficiles, nous rappelle que la tuberculose demeure une maladie fortement corrélée à la précarité de la population³.

En SSD, les missions de lutte contre la tuberculose sont déléguées au service de la prévention et des actions sanitaires du Conseil départemental. Ce dernier assure diverses missions de prévention : de la tuberculose en tant que Centre de lutte anti-tuberculeuse (Clat), de lutte contre les infections sexuellement transmissibles en tant que centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), de vaccination publique, ainsi que plusieurs programmes de prévention santé à destination de la population. Le Clat est chargé d'assurer les enquêtes et dépistages autour des cas de tuberculose, pour interrompre les chaînes de transmission et contribuer à la réduction de son incidence⁴.

La survenue de la pandémie de Covid-19 en 2020 a bouleversé le paysage sanitaire du pays et a eu des répercussions sur le contrôle et la surveillance d'autres maladies infectieuses, dont la tuberculose^{5,6}. Une forte baisse des taux de déclaration de tuberculose entre 2020 et 2022 a été observée en France⁷ et en Île-de-France⁸, comme dans la plupart des autres pays à haut niveau de revenu⁹. Au niveau mondial, la pandémie de Covid-19 s'est, à l'inverse, traduite par une augmentation du nombre de cas de tuberculose, notamment dans les pays en développement déjà fortement impactés^{10,11}. La SSD a été particulièrement touchée par l'épidémie de Covid-19, présentant une surmortalité par rapport au reste du pays¹². Les spécificités du territoire ont pu conduire à des évolutions épidémiologiques de la tuberculose différentes du reste du territoire pendant et après la pandémie de Covid-19.

L'objectif de cette étude est de décrire l'évolution des patients atteints de tuberculose et de leur sujets contacts, ainsi que les résultats des enquêtes menées en SSD autour des cas de 2018 à 2023.

Méthode

Type d'étude

Nous avons mené une analyse rétrospective des données du Clat de SSD. La période d'observation était comprise entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2023.

Population étudiée

Notre étude a été conduite chez les personnes habitant en SSD et atteintes de tuberculose maladie (cas index (CI)) ; ou ayant été exposées à un cas de tuberculose maladie (sujet contact (SC)).

Schéma d'étude

Afin de mieux observer l'impact de la pandémie de Covid-19 sur l'activité du Clat de SSD, les données ont été décrites en trois périodes distinctes :

- 2018-2019 : période pré-pandémique (T1) ;
- 2020-2021 : période pandémique (T2) ;
- 2022-2023 : période post-pandémique (T3).

La description de l'activité du Clat de SSD inclut une description de l'incidence de la tuberculose, des caractéristiques sociodémographiques des CI, ainsi que du travail d'enquête réalisé autour de ces CI.

Fonctionnement du Clat et définitions

Les CI sont les personnes atteintes de tuberculose maladie. Les déclarations obligatoires (DO) de tuberculose maladie reçues sont corrigées et complétées au cours du suivi dans le logiciel métier du Clat. Elles permettent de calculer un taux de déclaration en le rapportant à la population du département. Selon la forme de la maladie et les recommandations en vigueur, un protocole d'enquête adapté autour du CI est mis en place. Une durée minimale de contact avec le CI est définie, afin de déterminer si les individus ayant été en contact avec lui dans les trois mois précédant la mise sous traitement doivent être considérés comme sujets contacts. Lorsque ces derniers sont identifiés, ils doivent être dépistés. Le dépistage est organisé par le Clat du lieu de résidence du SC. Ainsi, le Clat de SSD s'occupe du dépistage de SC identifiés autour de CI de SSD, mais aussi d'autres départements.

Le dépistage des SC prévoit une radiographie thoracique et une consultation médicale initiale, suivis 3 mois après le dernier contact avec le CI d'un test de libération de l'interféron gamma (Igra)⁴. Nous avons considéré un SC comme exploré s'il avait bénéficié d'une consultation médicale et/ou d'un examen de dépistage (radiographie ou test biologique).

En ce qui concerne les résultats d'enquête, l'ensemble du dépistage permet de conclure pour chaque SC soit à l'absence d'infection, soit à une tuberculose maladie secondaire, soit à une infection tuberculeuse latente (ITL). Nous avons calculé le taux de rendement des dépistages, correspondant au nombre de SC ayant un résultat positif pour 100 SC explorés. Ce taux est indiqué pour les ITL et pour les tuberculoses maladies secondaires séparément.

Du côté des infections, nous retrouvons la tuberculose maladie correspondant à une infection causée par *Mycobacterium tuberculosis*, caractérisée par des symptômes cliniques ou radiologiques et une contagiosité potentielle. La tuberculose maladie est

dite secondaire si elle est diagnostiquée au cours d'une enquête autour d'un CI. L'ITL se réfère quant à elle à une infection caractérisée par la présence de *Mycobacterium tuberculosis* dans l'organisme, sans symptômes cliniques ni radiologiques, non contagieuse, détectable par des tests immunologiques (IDR, Igra) et pouvant évoluer en tuberculose maladie.

Données sources

Les données analysées dans cet article sont issues du logiciel métier du Clat de SSD Suite santé prévention (SSP)[®], et plus précisément du module Damoc (Epiconcept[®]). Les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et biologiques des CI et des SC ont été extraites. Les visites médicales des patients au Clat de SSD pendant la période de l'étude ont été analysées.

Les taux de déclaration ont été calculés à partir de la population du département au 1^{er} janvier de l'année concernée à partir des données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Analyses statistiques

Les variables numériques ont été décrites en moyenne accompagnée de l'écart-type en cas de distribution normale de la variable, ou en médiane accompagnée de l'intervalle interquartile, si la variable ne suivait pas une distribution normale. Les variables catégorielles ont été décrites en nombre absolu et en pourcentage.

Les comparaisons des effectifs entre les 3 périodes ont été effectuées par des tests du Chi2 d'homogénéité. Le seuil de significativité choisi pour toutes les

analyses a été de 5% (p-valeur ≤0,05). Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R 4.4.0[®].

Comité d'éthique

L'utilisation des données s'est faite dans le respect du Règlement général sur la protection des données (RGPD) et de la loi informatique et libertés.

Résultats

Au total, 3 454 CI ont été identifiés sur la période de l'étude (figure 1). Parmi eux, 2 470 CI habitaient en SSD et ont été inclus dans l'analyse (tableau 1).

Les taux de déclaration sont restés stables entre 2018 et 2021 (respectivement à 25 cas/100 000 habitants et 26/100 000 habitants), avant de baisser à 21 cas/100 000 habitants en 2022, soit une baisse de 18%. Les taux sont remontés à 26 cas/100 000 habitants en 2023 (figure 2). Les variations du nombre de CI entre les périodes ne sont pas significatives (p=0,291).

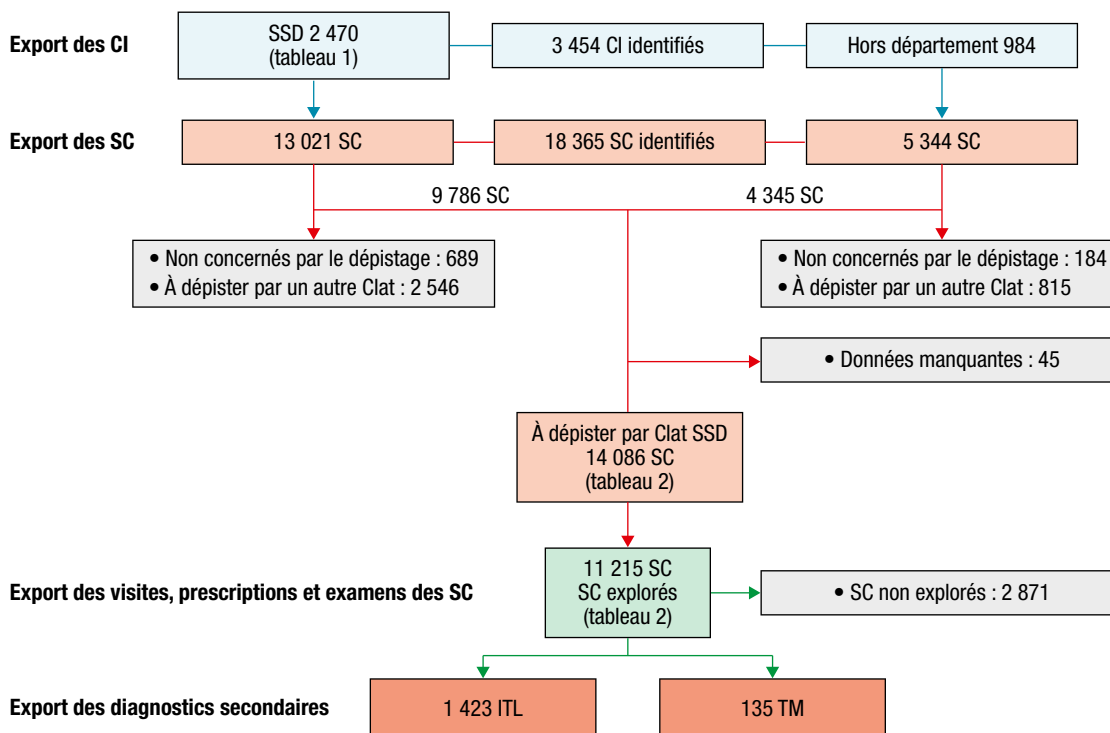
Au total, 18 365 SC ont été identifiés sur la période de l'étude (figure 1), dont 14 086 SC relevant du dépistage par le Clat de SSD et inclus dans l'analyse (tableau 2). Le nombre de SC est passé de 6 379 SC pour le T1 à 3 782 SC pour le T2, puis à 3 925 SC pour le T3 (p<0,001).

Caractéristiques sociodémographiques des cas index

Sur l'ensemble de la période de l'étude, l'âge médian des CI était de 36 ans [26-50], avec 71% d'hommes (1 749 CI/2 470). La proportion d'hommes a augmenté entre les trois périodes (p=0,035).

Figure 1

Structuration des données analysées



SC : sujets contacts ; CI : cas index ; ITL : infection tuberculeuse latente ; TM : tuberculose maladie.

Tableau 1

Description des caractéristiques des cas index résidant en Seine-Saint-Denis entre 2018 et 2023

	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Total	p-value*
Nombre de cas index identifiés	832	851	787	2 470	0,291
Âge					
Médiane [P25-P75]	35 [26-49]	36 [27-48]	37 [26-51]	36 [26-50]	
Catégories d'âge					
					0,108
Moins de 5 ans	5 (1%)	15 (2%)	6 (1%)	26 (1%)	
5-14 ans	17 (2%)	9 (1%)	13 (2%)	39 (2%)	
15-17 ans	33 (4%)	24 (3%)	22 (3%)	79 (3%)	
18-39 ans	449 (54%)	442 (52%)	393 (50%)	1 284 (52%)	
40-60 ans	216 (26%)	244 (29%)	229 (29%)	689 (28%)	
Plus de 60 ans	112 (14%)	117 (14%)	124 (16%)	353 (14%)	
Sexe					
					0,035
Féminin	261 (31%)	257 (30%)	203 (26%)	721 (29%)	
Masculin	572 (69%)	593 (70%)	584 (74%)	1 749 (71%)	
Pays de naissance					
					0,046
Étranger	658 (80%)	650 (80%)	657 (84%)	1 965 (81%)	
Données manquantes	12	35	6	53	
Couverture sociale					
					0,721
Assuré social	512 (74%)	516 (74%)	474 (70%)	1 502 (73%)	
Aide médicale de l'État	48 (7%)	55 (8%)	61 (9%)	164 (8%)	
En cours	40 (6%)	38 (5%)	39 (6%)	117 (6%)	
Sans couverture sociale	93 (13%)	91 (13%)	96 (14%)	280 (14%)	
Données manquantes	141	151	115	407	
Logement					
					<0,001
Logement personnel	471 (57%)	549 (6%)	474 (62%)	1 494 (62%)	
Hébergé	178 (22%)	83 (10%)	158 (21%)	419 (17%)	
Logement collectif	120 (15%)	94 (11%)	76 (10%)	290 (12%)	
SDF et squat	46 (6%)	29 (4%)	44 (6%)	119 (5%)	
Autre	8 (1%)	68 (8%)	18 (2%)	94 (4%)	
Données manquantes	9	28	17	54	
Parmi les cas index nés à l'étranger					
	658	650	657	1 965	
Région d'origine					
					0,004
Afrique subsaharienne	317 (48%)	271 (42%)	267 (41%)	855 (44%)	
Afrique du Nord	116 (18%)	116 (18%)	105 (16%)	337 (17%)	
Sous-continent indien	97 (15%)	141 (21%)	138 (21%)	376 (19%)	
Europe de l'Est	55 (8%)	39 (6%)	47 (7%)	141 (7%)	
Autre	73 (11%)	83 (13%)	100 (15%)	256 (13%)	
Délai depuis l'arrivée en France					
					0,008
Moins de 2 ans	167 (27%)	128 (21%)	128 (21%)	423 (23%)	
Entre 2 et 5 ans	118 (19%)	159 (26%)	130 (22%)	407 (22%)	
Plus de 5 ans	335 (54%)	315 (53%)	339 (57%)	989 (55%)	
Données manquantes	38	48	60	146	

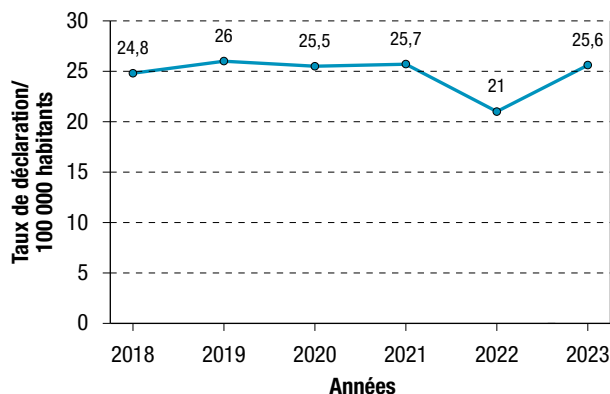
* Test du Chi2 d'homogénéité entre les 3 périodes.

Concernant le statut vis-à-vis de la couverture maladie, 73% des CI étaient couverts (1 502 CI/2 063), 8% bénéficiaient de l'aide médicale de l'État (164/2 063), et 14% n'avaient aucune couverture sociale (280/2 063).

La répartition des CI selon leur type de logement a évolué significativement entre les périodes ($p < 0,001$), avec notamment une diminution des personnes hébergées passant de 22% en T1 (178 CI/823) contre 10% en T2 (83/823), avant de remonter à 21% en T3 (158/770).

Figure 2

Évolution du taux de déclaration de tuberculose en Seine-Saint-Denis entre 2018 et 2023 (pour 100 000 habitants)



Les CI nés à l'étranger représentaient 81% (1 965/2 417) des CI sur l'ensemble de l'étude, avec une augmentation significative entre les périodes ($p=0,046$) passant de 80% en T1 (658/820) à 84% en T3 (657/781). Parmi les CI nés à l'étranger, 23% étaient arrivés en France depuis moins de 2 ans (423/1 819) et 55% depuis plus de 5 ans (989/1 819), avec une baisse significative des CI arrivés depuis moins de 2 ans ($p=0,008$). Parmi les CI nés à l'étranger, 44% provenaient d'Afrique subsaharienne (ASS) (855/1 965), 19% du Sous-continent indien (SCI) (376/1 965), et 17% d'Afrique du Nord (337/1 965). Les régions d'origine ont significativement évolué sur la période 2018-2023 ($p=0,004$) avec une diminution des CI nés en ASS, passant de 48% des CI nés à l'étranger en T1 (317/658), contre 41% en T3 (267/657). Dans le même temps, les CI du SCI ont

Tableau 2

Caractéristiques des sujets contacts de tuberculose résidant en Seine-Saint-Denis, 2018-2023

	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Total	p-value*
Nombre de SC identifiés	6 379	3 782	3 925	14 086	<0,001
Âge – Médiane [Q1-Q3]	25 [17-40]	28 [17-43]	28 [17-44]	27 [17-42]	
Données manquantes	293	107	197	597	
Catégories d'âge					<0,001
Moins de 5 ans	394 (7%)	406 (11%)	173 (5%)	973 (7 %)	
Entre 5 et 14 ans	662 (11%)	378 (10%)	514 (14%)	1 554 (12%)	
Entre 15 et 18 ans	607 (10%)	207 (6%)	340 (9%)	1 154 (9%)	
Entre 19 et 40 ans	2 865 (47%)	1 597 (44%)	1 557 (42%)	6 019 (45%)	
Entre 41 et 60 ans	1 192 (20%)	770 (21%)	843 (23%)	2 805 (21%)	
Plus de 60 ans	366 (6%)	317 (9%)	301 (8%)	984 (7%)	
Données manquantes	293	107	197	597	
Sexe					0,004
Féminin	2 905 (48%)	1 604 (44%)	1 711 (45%)	6 220 (46%)	
Masculin	3 215 (52%)	2 025 (56%)	2 082 (55%)	7 322 (54%)	
Données manquantes	259	153	132	544	
Type de contact sujets contacts – cas index					<0,001
Vivant sous le même toit	1 354 (22%)	1 336 (36%)	1 057 (28%)	3 747 (27%)	
Contact scolaire ou universitaire (élèves/étudiants ou professionnels)	1 938 (31%)	386 (10%)	960 (25%)	3 284 (24%)	
Contact familial et amical	1 432 (23%)	940 (25%)	735 (19%)	3 107 (23%)	
Milieu professionnel (hors soins)	737 (12%)	482 (13%)	540 (14%)	1 759 (13%)	
Hébergement collectif (précaires, retraités, migrants, prisons,...)	370 (6%)	85 (2%)	118 (3%)	573 (4%)	
Milieu de soins (patient contact ou professionnels)	256 (4%)	237 (6%)	332 (9%)	825 (6%)	
Crèche	35 (1%)	106 (3%)	1 (0%)	142 (1%)	
Autre milieu	159 (3%)	167 (5%)	65 (2%)	391 (3%)	
Données manquantes	98	43	117	258	
Nombre de sujets contacts explorés	5 084 (80%)	3 150 (83%)	2 981 (76%)	11 215 (80%)	<0,001
<i>Parmi les sujets contacts explorés</i>					
Infection tuberculeuse latente	689 (14%)	410 (13%)	324(11%)	1 423 (13%)	<0,001
Tuberculoses secondaires	51 (1%)	44 (1%)	40 (1%)	135 (1%)	0,502

* Test du Chi2 d'homogénéité.

représenté 15% des CI nés à l'étranger à T1 (97/659), contre 21% à T3 (138/657) (tableau 1).

Caractéristiques sociodémographiques des sujets contacts

Les enquêtes ont permis d'identifier 14 086 SC, avec une proportion de 54% d'hommes (7 322 SC/13 542). La proportion d'hommes a significativement augmenté sur la période étudiée ($p=0,004$). L'âge médian des SC était de 27 ans [17-42].

Le type de contact CI-SC le plus fréquent était « vivant sous le même toit » pour 27% des cas (3 747 SC/13 828), suivi de « contact scolaire ou universitaire » pour 24% (3 284/13 828). La répartition des types de contact a évolué sur la période, avec notamment une baisse du « contact scolaire ou universitaire » durant le T2 ($p<0,001$) (tableau 2).

Résultats des enquêtes

Parmi les SC identifiés comme relevant du dépistage par le Clat de SSD, 80% ont effectivement été dépistés (11 215 SC/14 086), avec un taux d'exploration de 83% lors du T2 (3 150/3 782), significativement supérieur à celui du T1 avec 80% (5 084/6 379) et du T3 avec 76% (2 981/3 925). Les caractéristiques associées à un meilleur taux d'exploration sont le sexe féminin et un âge plus élevé. Certains types de contact sont significativement mieux explorés sur l'ensemble des périodes (crèche, hébergement collectif), et d'autres, à l'inverse, présentent des taux d'exploration significativement plus faibles (milieu de soins, contacts scolaires).

Ces dépistages ont permis de retrouver 1 423 ITL et 125 tuberculoses maladie secondaires (figure 1). Cela représente un rendement de 13 ITL pour 100 dépistages et 1 tuberculose secondaire pour 100 dépistages. Entre 2018 et 2023, 75% des ITL ont été mises sous traitement (1 067 ITL/1 423). Globalement de façon attendue, les CI ayant donné des tuberculoses secondaires avaient plus souvent de la toux (85% *versus* 65%), un examen direct positif (69% *vs* 36%), une ou plusieurs cavernes (22% *vs* 9%). Ils sont également significativement plus jeunes, et plus fréquemment nés en France par rapport à ceux n'ayant pas donné de cas secondaires.

Discussion

Évolution épidémiologique

En Seine-Saint-Denis, le nombre de cas de tuberculose est resté stable pendant la période 2020-2021, avant de baisser en 2022-2023. Cette stabilité pendant la pandémie de Covid-19 est à mettre en regard avec les baisses constatées au niveau national¹³ et décrites par d'autres Clat¹⁴. Une réduction marquée de la taille des enquêtes autour des cas a cependant bien été observée à partir de 2020-2021. Cette réduction est en partie provoquée par la diminution des SC provenant d'autres départements, où le nombre de CI avait également diminué. Elle s'explique aussi par la diminution du nombre de SC identifiés autour

de chaque CI résidant en SSD, conséquence logique des mesures de confinements et de restriction des déplacements liées à la pandémie de Covid-19.

Caractéristiques sociodémographiques des cas index

De 2018 à 2023, les personnes nées à l'étranger représentaient 80% des CI de Seine-Saint-Denis en tenant compte des données manquantes. Ce taux est plus élevé que les derniers taux régionaux (71% en 2023⁸), et nationaux (72% en 2022¹³). Nous avons mis en évidence des évolutions significatives des pays de naissance des CI, avec notamment une diminution du nombre de CI d'ASS. L'augmentation des CI nés dans le SCI durant le T2 a contribué à la stabilité du nombre de cas sur cette période. Ces évolutions, en lien avec les dynamiques migratoires, appellent à une adaptation des actions de prévention et de dépistage aux spécificités linguistiques et culturelles de ces populations. Par exemple, les brochures d'information sur le Clat ont été traduits en plusieurs langues pour s'adapter aux besoins des patients malades de tuberculose. Par ailleurs, si la plupart des CI nés à l'étranger vivaient en France depuis plusieurs années, seuls 21% étaient arrivés depuis moins de deux ans en France au cours des périodes 2020-2021 et 2022-2023. Ce taux est inférieur à celui observé dans le département avant la pandémie (26% en 2018-2019) mais aussi à celui mesuré en Île-de-France (24% en 2023)⁸. Or, ce délai de deux ans est celui retenu dans les recommandations de dépistage de la tuberculose maladie en se basant sur la forte incidence dans cette population au niveau national¹⁵. Comme détaillé dans cet avis de la Haute Autorité de santé, d'autres éléments sont à prendre en compte pour la pertinence d'un dépistage, comme les conditions de logement, la promiscuité et la précarité, particulièrement en Seine-Saint-Denis.

Les données sur le logement et la couverture sociale des cas de tuberculose de SSD nous rappellent que ces patients vivent souvent dans des contextes de précarité sociale. La précarité est en lien direct avec l'épidémiologie de la tuberculose en France¹⁶. Elle constitue un frein majeur à l'accès aux soins, à l'observance du traitement et au respect de l'isolement¹⁷. Elle peut également être un frein à la bonne conduite des enquêtes du Clat : les personnes concernées craignant parfois de perdre leur emploi (en particulier lorsqu'il s'agit d'un travail non déclaré) ou leur logement (notamment lorsqu'elles sont hébergées). De la même manière, les SC en milieu professionnel travaillant de façon non déclarée ne sont pas identifiés par les services de médecine du travail et ne sont donc, pour la plupart, ni dépistés, ni traités.

Caractéristiques sociodémographiques des sujets contacts

Les caractéristiques des types de contacts entre CI et SC ont également évolué. Ainsi, le nombre de SC en milieu scolaire a nettement diminué, tandis que celui des SC vivant sous le même toit est resté stable. Sur la période 2022-2023, les lieux de contact

des SC ont retrouvé des caractéristiques proches de celles de l'ère pré-pandémique, bien que leur nombre global reste inférieur. Des difficultés dans les ressources humaines de l'un de nos centres durant cette période ont pu contribuer à ce résultat. Cela pourrait également traduire une persistance de la réduction des interactions sociales pendant ces deux années, même après la fin des confinements¹⁸.

Résultats des enquêtes

Le rendement diagnostique des ITL lors des enquêtes est de 13 ITL pour 100 SC explorés (mais n'ayant pas tous subi des tests Igra). Ce résultat est comparable au taux de positivité des tests Igra à Paris de 16% en 2016¹⁹. La prévalence des ITL dans la population de SSD n'a jamais été évaluée et est probablement plus élevée que le reste de la France hexagonale.

Les diagnostics de TM secondaires restent relativement rares, avec un rendement dans les enquêtes d'une tuberculose pour 100 dépistages réalisés. Ces diagnostics secondaires sont cependant régulièrement retrouvés autour des mêmes CI. Ainsi, 15 enquêtes ont conduit au dépistage de 2 TM secondaires, 3 enquêtes ont retrouvé 3 TM secondaires, et 1 enquête a permis de dépister 5 TM secondaires.

Forces et limites de l'étude

Cette étude offre une description détaillée des caractéristiques des CI, ainsi que du travail d'enquête et de dépistage réalisé par le Clat. Elle permet d'apporter des informations moins documentées, comme les conditions de logement ou la couverture sociale des CI et de décrire les SC identifiés lors des enquêtes. Cette étude comporte cependant des limites : la première porte sur la qualité des données issues d'une utilisation en vie réelle pouvant parfois contenir des informations manquantes ou erronées. Toutefois, un contrôle qualité réalisé par les équipes du Clat sur les dossiers des CI garantit une bonne fiabilité sur la plupart des variables. En revanche, certaines données, comme celles relatives aux conditions de logement ou de couverture sociale, ont été soumises à des évolutions dans les pratiques de saisie, que nous avons prises en compte dans l'analyse pour limiter leur impact. Pour les résultats des dépistages des SC, ils ont été consolidés en croisant les informations des consultations, avec les prescriptions d'examen et de médicaments afin de pallier cette limite. Deuxièmement, la segmentation en trois périodes ne correspond pas exactement au calendrier de la pandémie du Covid-19. Cette organisation permet néanmoins de comparer avec les données publiées par d'autres Clat¹⁴.

Perspectives

Ces résultats soulignent la nécessité d'une adaptation permanente des pratiques de dépistage en Seine-Saint-Denis. Le Clat poursuit le développement d'actions « d'aller vers », ajustées en fonction des besoins repérés (par exemple dans les structures de premier recours, comme la Cellule d'accompagnement des mineurs non accompagnés – Camna – ou le

Centre d'accueil, de soins et d'orientation – Caso –), et renforce progressivement ses collaborations avec les hôpitaux, notamment via la formation des externes à la tuberculose. Une nouvelle fiche de signalement (document nominatif, rempli par le clinicien ou le biologiste permettant de lancer l'enquête autour du CI) a été conçue pour mieux identifier les situations complexes et adapter la conduite des enquêtes. Au-delà de l'approche médicale, l'intégration du volet social, grâce aux assistants et assistantes sociales et aux médiateurs, constitue un levier majeur pour améliorer l'accès aux soins et l'observance. Enfin, un travail est engagé sur l'harmonisation des pratiques au sein des centres, afin d'accroître l'efficacité et la pertinence de l'action de lutte antituberculeuse dans le département.

Conclusion

Le département de la Seine-Saint-Denis demeure un territoire avec un nombre élevé de cas de tuberculose entre 2018 et 2023, contrairement au reste du territoire français. L'activité de lutte antituberculeuse a été marquée par une réduction de la taille des enquêtes pendant la période du Covid-19. Enfin, les problématiques sociales demeurent particulièrement présentes chez les patients atteints de tuberculose en Seine-Saint-Denis et nous invitent à privilégier les approches globales de prise en soins, autant médicales que sociales et économiques. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] European Centre for Disease Prevention and Control, World Health Organization Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2024-2022 data. Stockholm: ECDC; 2024. 202 p. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-europe-2024-2022-data>
- [2] Guthmann JP, Laporal S, Lévy-Bruhl D. La tuberculose maladie en France en 2018. Faible incidence nationale, forte incidence dans certains territoires et groupes de population. Bull Epidemiol Hebd. 2020;(10-11):196-203. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/10-11/2020_10-11_1.html
- [3] Castro A, Rolland C, Silué Y, Mangin F. Incidence de la tuberculose en 2013-2018 : en quoi la Seine-Saint-Denis se distingue-t-elle ? Bull Epidemiol Hebd. 2020;(10-11):224-31. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/10-11/2020_10-11_6.html
- [4] Haut Conseil de la santé publique. Enquête autour d'un cas de tuberculose. Recommandations pratiques. Paris: HCSP; 2013. 95 p. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdo_maine?clefr=391
- [5] Dara M, Kuchukhidze G, Yedilbayev A, Perehinets I, Schmidt T, Van Grinsven WL, et al. Early COVID-19 pandemic's toll on tuberculosis services, WHO European region, January to June 2020. Euro Surveill. 2021;26(24):2100231.
- [6] Maurer FP, Shubladze N, Kalmambetova G, Felker I, Kuchukhidze G, Drobniowski F, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on tuberculosis national reference laboratory services in the WHO European Region, March to November 2020. Euro Surveill. 2021;26(24):2100426.

- [7] Guthmann JP, Robert J, Viriot D, Parent du Châtelet I. Incidence, severity and treatment outcome of tuberculosis in the era of the COVID-19 pandemic, France, 2018-2023. *J Epidemiol Popul Health*. 2025;73(1):202795.
- [8] Lefrancois R, Tarantola A. Tuberculose en Île-de-France. Bilan 2023. Saint-Maurice: Santé publique France; 2025. 25 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ile-de-france/documents/bulletin-regional/2025/tuberculose-en-ile-de-france.-bilan-2023>
- [9] Migliori GB, Thong PM, Alffenaar JW, Denholm J, Tadolini M, Alyaquobi F, *et al*. Gauging the impact of the COVID-19 pandemic on tuberculosis services: A global study. *Eur Respir J*. 2021;58(5):2101786.
- [10] Cilloni L, Fu H, Vesga JF, Dowdy D, Pretorius C, Ahmedov S, *et al*. The potential impact of the COVID-19 pandemic on the tuberculosis epidemic a modelling analysis. *EClinicalMedicine*. 2020;28:100603.
- [11] Global tuberculosis report 2024. Geneva: WHO; 2024. 69 p. <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>
- [12] Institut national d'études démographiques. Surmortalité due à la Covid-19 en Seine-Saint-Denis: l'invisibilité des minorités dans les chiffres – Focus – Les mémos de la démo. Aubervilliers: Ined; 2020. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/surmortalite-covid-19-seine-saint-denis-invisibilite-des-minorites-dans-chiffres/>
- [13] Guthmann JP, Viriot D. L'épidémiologie de la tuberculose en France à l'ère de la pandémie de Covid-19. *Bull Epidemiol Hebd*. 2024;(6-7):108-15. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/6-7/2024_6-7_1.html
- [14] Mano Q, Navoizat O, Limonet A, Holi-Jamovski F, Heuzé G, Deniau J, *et al*. La tuberculose maladie dans les Bouches-du-Rhône de 2018 à 2021 : caractéristiques des cas et étude des délais diagnostiques avant et pendant la pandémie de Covid-19. *Bull Epidemiol Hebd*. 2024;(6-7):131-40. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/6-7/2024_6-7_5.html
- [15] Haute Autorité de santé. Évaluation des stratégies de dépistage et de repérage précoce de la tuberculose pulmonaire. Saint-Denis: HAS; 2025. 248 p. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3459735/fr/evaluation-des-strategies-de-depistage-et-de-reperage-precoce-de-la-tuberculose-pulmonaire
- [16] Pelat C, Bernadou A, Fraisse P, Delpierre C, Kherabi Y, Guthmann JP, *et al*. Area-level socioeconomic variables associated with territorial disparities in tuberculosis notification rates in metropolitan France: A Bayesian ecological analysis. *Infect Dis Poverty*. 2025;14(1):94.
- [17] Wicky-Thisse M, Bodénès S, Pasquet A. Favoriser l'observance thérapeutique des patients en situation de grande précarité atteints de tuberculose-maladie : l'expérience de l'Équipe mobile de lutte contre la tuberculose du Samusocial de Paris, 2015-2018. *Bull Epidemiol Hebd*. 2020;(10-11):218-23. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/10-11/2020_10-11_5.html
- [18] Mouret M. Les relations sociales à l'épreuve de la crise sanitaire. *Le Journal des psychologues*. 2022;(400):42-5.
- [19] Antoun F, Charlois-Ou C, Dormant I, Hocine N, Mazelle G, Mouas H. La tuberculose à Paris en 2016 : un tournant ? *Bull Epidemiol Hebd*. 2018;(6-7):113-20. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/6-7/2018_6-7_3.html

Citer cet article

Voyer B, Mathieu P, Sulli L, Nguala Fukiau S, Huleux T. Tuberculose en Seine-Saint-Denis : incidence et rôle du Centre de lutte antituberculeuse dans les enquêtes autour d'un cas de 2018 à 2023. *Bull Epidemiol Hebd*. 2026;(10):209-16. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/10/2026_10_2.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

